

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2.2 Ist der Tod Ihres (früheren) Ehegatten / Lebenspartners durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

Unfalltag

nein ja

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) ausfüllen und beifügen

2.2.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

nein ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

3 Angaben zu den Kindern

3.1 Welche Kinder werden von Ihnen erzogen? Für welche über 18 Jahre alten Kinder mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung sorgen Sie? **(bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)**

Kind	Name
1	

Vorname

Geburtsdatum

Familienrechtliches Verhältnis zum / zur Versicherten (eigenes Kind, Kind des - früheren - Ehegatten / Lebenspartners, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Schwester, Bruder)

Sind noch andere Personen an der Erziehung des Kindes bzw. der Sorge für das behinderte Kind beteiligt?

nein ja

Name

Anschrift

tägliche Stundenanzahl

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 3.1 (Angaben zu den Kindern)

Kind 2	Name
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienrechtliches Verhältnis zum / zur Versicherten (eigenes Kind, Kind des - früheren - Ehegatten / Lebenspartners, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Schwester, Bruder)	
Sind noch andere Personen an der Erziehung des Kindes bzw. der Sorge für das behinderte Kind beteiligt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name	
Anschrift	
tägliche Stundenanzahl	
Kind 3	Name
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienrechtliches Verhältnis zum / zur Versicherten (eigenes Kind, Kind des - früheren - Ehegatten / Lebenspartners, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Schwester, Bruder)	
Sind noch andere Personen an der Erziehung des Kindes bzw. der Sorge für das behinderte Kind beteiligt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name	
Anschrift	
tägliche Stundenanzahl	
Kind 4	Name
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienrechtliches Verhältnis zum / zur Versicherten (eigenes Kind, Kind des - früheren - Ehegatten / Lebenspartners, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Schwester, Bruder)	
Sind noch andere Personen an der Erziehung des Kindes bzw. der Sorge für das behinderte Kind beteiligt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name	
Anschrift	
tägliche Stundenanzahl	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 3.1 (Bestätigungsvermerk)

Folgende Beweismittel lagen vor / sind beigelegt:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde(n)	<input type="checkbox"/> Familienstammbuch
<input type="checkbox"/> Abstammungsurkunde(n)	
Stempel	Datum, Unterschrift der aufnehmenden Stelle
3.2 Welche der unter Ziffer 3.1 genannten Kinder sind außerhalb Ihres Haushalts untergebracht?	
Vorname	Grund (z. B. seit im Internat / Heim in)
Vorname	Grund (z. B. seit im Internat / Heim in)
Vorname	Grund (z. B. seit im Internat / Heim in)
Vorname	Grund (z. B. seit im Internat / Heim in)

4 Angaben zu weiteren Kindern

bitte Rentenbescheide beifügen

4.1 Haben Sie weitere Kinder, die eine Waisenrente beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil sie nicht Kinder des verstorbenen (früheren) Ehegatten / Lebenspartners sind?

nein ja

Name, Vorname
Versicherungsträger
Versicherungsnummer
Name, Vorname
Versicherungsträger
Versicherungsnummer
Name, Vorname
Versicherungsträger
Versicherungsnummer

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

5 Zusätzliche Angaben zu Stiefkindern, Pflegekindern, Enkeln und Geschwistern - soweit unter Ziffer 4 nicht aufgeführt

bitte amtliche Meldebescheinigung beifügen

5.1 Seit wann jeweils haben Sie das Stiefkind, Pflegekind bzw. Enkelkind oder die Schwester / den Bruder in Ihren Haushalt aufgenommen?	
Vorname	seit
Vorname	seit
Vorname	seit
Vorname	seit
5.2 Wird Kindergeld von einer Familienkasse (bei der Agentur für Arbeit, Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes bzw. einer Versorgungsbehörde) oder Kinderzulage zu einer Rente aus der Unfallversicherung gezahlt oder ist ein Antrag gestellt worden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Leistungsträger _____ Aktenzeichen _____ für (Vornamen der Kinder) _____	
5.3 Name und Anschrift der leiblichen Elternteile - falls verstorben, bitte Sterbeurkunde beifügen	
5.4 Ist von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme der betreffenden Kinder in Ihren Haushalt vorgesehen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bis wann _____ für (Vornamen der Kinder) _____	
5.5 Tragen Sie den Unterhalt der betreffenden Kinder?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in welcher Höhe monatlich _____ EUR für (Vornamen der Kinder) _____	
5.6 Erbringen andere Personen oder Stellen (z. B. Träger der Jugendhilfe) Unterhaltsleistungen für die betreffenden Kinder?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Amtsbezeichnung der zahlenden Stelle _____ in welcher Höhe monatlich _____ EUR für (Vornamen der Kinder) _____	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Angaben zum Einkommen

Der Vordruck R660 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird umgehend nachgereicht

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger sofort zu benachrichtigen, sobald Änderungen eintreten, die sich auf die Erziehungsrente auswirken (z. B. Wiederheirat / Begründung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft, Ende der Erziehung des Kindes, Änderung der Einkommensverhältnisse).

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers